UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

ANNEE 1975

N° 79

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Nicole RIOUX, épouse HERVOUET
Née le 21 avril 1950 à VERNON (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le : 10 JUIN 1975

TITRE

CANCER DÉVELOPPÉ SUR MÉGAŒSOPHAGE IDIOPATHIQUE

à propos d'un cas avec survie prolongée

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel VANDOOREN

Membres : Monsieur le Professeur Pierre JOBARD
Monsieur le Professeur Jean BERTRAND
Monsieur le Professeur Bernard ECARLAT

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

ANNEE 1975 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Nicole RIOUX, épouse HERVOUET
Née le 21 avril 1950 à VERNON (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le :

TITRE

CANCER DÉVELOPPÉ SUR MÉGAŒSOPHAGE IDIOPATHIQUE

à propos d'un cas avec survie prolongée

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel VANDOOREN

Membres : Monsieur le Professeur Pierre JOBARD
Monsieur le Professeur Jean BERTRAND
Monsieur le Professeur Bernard ECARLAT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- à mes parents

- à François

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0007

à Monsieur le Professeur Michel VANDOOREN

- Professeur de clinique chirurgicale
- Chirurgien des hôpitaux
- Croix de guerre

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Qu'il veuille bien agréer l'expression de mes remerciements et de mon profond respect

A mes juges

. Monsieur le Professeur Pierre JOBARD

- Professeur d'anatomie pathologique
- Chef du service d'anatomie pathologique du C.H.R. Bretonneau

. Monsieur le Professeur Bernard ECARLAT

- Professeur à la faculté de médecine de Tours
- Radiologiste des hôpitaux

. Monsieur le Professeur Jean BERTRAND

- Professeur à la faculté de médecine de Tours
- Chaire d'hépatologie-gastro-entérologie
- Médecin des hôpitaux

qui ont bien voulu accepter de juger ce travail

UNIVERSITE FRANCOIS-RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Doyen	:	Professeur GOUAZE A.
Assesseur	:	Professeur MOURAY H.
Assesseur	:	Professeur BAUDOUIN J.
Secrétaire	:	Monsieur GANNIER J.

DOYENS HONORAIRES

Professeur ARON E. Professeur DESBUQUOIS G.

PROFESSEURS HONORAIRES

ARDOUIN. DESBUQUOIS. FROMENTY. HUC. HUSSENSTEIN. LETELLIER. LIEFFRING. MERCIER. RICHARD.

PROFESSEURS TITULAIRES

ET

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	ARON Emile	Clinique Médicale
	RAYNAUD Robert	Clinique Médicale
	GAUTIER Jacques	Thérapeutique
	BOULARD Pierre	Hygiène et Hydrologie
	LARMANDE Aimé	Clinique Ophtalmobgique
	ARNAUD Robert	Bactériologie
	ROUZAUD Marcel	Clinique Neurologique
	GOUAZE André	Anatomie
	REYNAUD Jean	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
	COMBE Paul	Clinique Médicale Infantile

MM.	VANDOOREN Michel	Clinique Chirurgicale Chirurgie Générale A
	THOUVENOT Joseph	Physiologie
	COMBESCOT Charles	Zoologie - Parasitologie
	VARGUES Robert	Bactériologie
	WEILL Jacques	Biochimie
	JOBARD Pierre	Anatomie Pathologique
	GRECO Jean-Marie	Clinique Chirurgicale et Chirurgie Plastique
	MAILLET Marc	Histologie
	RENOUX Gérard	Immunologie
Melle	BROCHIER Mireille	Séméiologie Médicale
Mme	PLANIOL Thérèse	Biophysique
MM.	GRENIER Bernard	Maladies Infectieuses
	NEEL Jean-Louis	Pathologie Médicale
	SOUTOUL Jean-Henri	Clinique Obstétricale et Gynécologique
	BRIZON Jacques	Séméiologie Chirurgicale
	MORAND Philippe	Médecine Générale
	CASTAING Jean	Clinique Chirurgicale Orthopédique
	BERTRAND Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
	BARSOTTI Jacques	Chirurgie Générale
	SIZARET Pierre	Psychiatrie
	BAUDOUIN Jean	PNeumo-Phtisiologie

PROFESSEURS SANS CHAIRES

MM.	MICHEL Jean	Electroradiologie
	FRANCOIS André	Dermatologie et Vénéréologie
	LE CHEVALLIER Paul	Rhumatologie
	LEROUX Maurice	Hématologie
	ECARLAT Bernard	Electroradiologie
	MOURAY Henri	Biochimie

MM.	LELORD Gilbert	Physiologie
	BENATRE André	Anatomie Pathologique
	LAMISSE Fernand	Médecine Interne
	LAUGIER Jean	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES ET AGREGES

MM.	BAGROS Philippe	Néphrologie
	BALLON Gérard	Stomatologie
	BERGER Christian	Gynécologie Obstétrique
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique
	BRETEAU Michel	Pharmacologie
	CASTELLANI Lucien	Chirurgie Générale
	FAUCHIER Claude	Pédiatrie
	FAUCHIER Jean-Paul	Cardiologie
	FLOYRAC Roger	Biophysique
	FROGE Etienne	Médecine Légale et Toxicologie
	GROUSSIN Pierre	Médecine Interne
	LAFFONT Jacques	Anatomie - Organogénèse
	LEROY Jean	Hématologie
	LEROY Georges	Anesthésiologie
	MOLINE Jean	Médecine et Chirurgie Expérimentales et Comparées
	MORAINE Claude	Histologie
	MUH Jean-Pierre	Biochimie
	MURAT Jean	Médecine et Chirurgie Expérimentales et Comparées
	RAYNAUD Philippe	Médecine Interne
	RIBADEAU-DUMAS Jean-Louis	Neurologie
	ROLLAND Jean-Claude	Pédiatrie A
	ROSSAZZA Christian	Ophtalmologie

MM.	SAINDELLE Anatole	Physiologie
	SANTINI Jean-Jacques	Anatomie-Organogénèse
	THARANNE Michel	Histologie
	TOUMIEUX Bernard	Chirurgie Générale A

Au Docteur Robert COUSIN

- Chef de service de radiologie "A"
  au C.H.R. Bretonneau

A nos Maîtres des Facultés et des Hôpitaux

CANCER DEVELOPPE SUR UN MEGACESOPHAGE IDICPATHIQUE

à propos d'un cas avec survie prolongée

A - INTRODUCTION

Historique

-I- Observation
-II- Etiopathogénie du megaoesophage idiopathique

B - FACTEURS FAVORISANTS. CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

-I- Fréquence
-II- Age et sexe
-III- Date de survenue du cancer
-IV- Influence du traitement du megaoesophage sur le cancer
-V- Autres facteurs favorisants

C - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-I- Localisation
-II- La dilatation oesophagienne
-III- Le type du cancer et sa fréquence
-IV- Histologie
-V- Extension du cancer

D - PATHOGENIE DU CANCER SUR MEGACESOPHAGE

E - ETUDE CLINIQUE

-I- Signes cliniques

-a) La dysphagie
-b) L'amaigrissement
-c) Hemorragies
-d) Douleurs

-II- Exploration pour étape diagnostique

-a) Radiologie
-b) L'endoscopie
-c) Cytologie

F - EVOLUTION ET PRONOSTIC

G - TRAITEMENT

-I- Méthodes

-a) Le traitement palliatif
-b) Le traitement curatif

-II- Les indications

-III-Le traitement préventif

CONCLUSION

CANCER DEVELOPPE SUR MEGAOESOPHAGE IDIOPATHIQUE

à propos d'un cas avec survie prolongée

A - INTRODUCTION

L'objet de cette thèse est le développement d'un cancer sur un megaoesophage idiopathique. La survenue d'un cancer sur un megaoesophage est relativement rare, bien que les publications comportant des cas similaires soient assez nombreuses jusqu'à ce jour.

Malgré la rareté de la survenue de cette complication sur un megaoesophage idiopathique, l'interêt de cette étude n'en demeure pas moins du fait:

- d'une part de l'extrême gravité de ce cancer qui contraste avec la relative bégninité du megaoesophage,
-d'autre part d'un diagnostique positif difficile à faire, les signes d'alarme étant d'interprétation malaisée, les preuves radiologiques et endoscopiques étant apportées avec difficultés.

C'est un cancer très insidieux, dont le diagnostic est fait plus tardivement que celui d'un cancer de l'oesophage, du fait de la possibilité d'un développement important de la tumeur dans un organe dilaté.
On voit l'intérêt de la surveillance régulière des personnes porteuses d'un megaoesophage idiopathique et la necessité d'un diagnostic précoce du cancer.

Historique

Depuis la première publication de FAGGE sur le cancer sur le megaoesophage en 1872 de nombreuses publications comportant des cas similaires ont été publiées jusqu'à nos jours.
CUQ, en 1963, soutient une thèse sur ce sujet avec une analyse bibliographique mondiale complète (1).
Puis les cas se multiplient avec les années:

- 1963 : FLEURY et LEGER = 1 cas
- 1964 : SAUBIER et LEQUIN = 3 cas
- 1965 : CALVET et MARQUES = 4 cas
- 1965 : GOUDENAUD = 3 cas
- 1965 : DARNAUD = 1 cas
- 1966 : FONTAINE = 1 cas

(1) CUQ J. P. : Les cancers oesophagiens greffés sur megaoesophage idiopathique - Thèse Paris 1963 n° 899, 58 pages.

En 1969 LORTAT JACOB rapporte 20 cas de cancers sur megaoesophage en 11 ans auxquels s'ajoutent 4 cas personnels de l'auteur. En 1972 sont publiés 12 cas de:

- SALAVERT
- GIRARDIER
- RIBEL et PLAGET
- CALARY

En nous référant aux publications plus récentes , à la thèse de CUQ et à l'observation qui nous a été confiée par le Professeur VANDOOREN, nous avons essayé d'établir les différentes données étiologiques, cliniques et thérapeutiques de ce sujet.

Notre observation exposée, nous rappellerons brièvement l'etiopathogénie du megaoesophage, puis ce que les observations collègues nous ont appris:

- des facteurs favorisant l'apparition du cancer
- de l'anatomo-pathologie, de la pathogenie, de la clinique et des moyens de diagnostic, enfin de l'évolution et du pronostic et aussi du traitement.

Nous n'aborderons bien entendu dans ce travail que les cancers survenus sur megaoesophage idiopathique et nous exlurons de ce fait, tous les megaoesophages secondaires à une lésion dite organique.

-I- OBSERVATION

Madame D.... 43 ans est examinée pour la première fois par le Pr. VANDOOREN, le 24.11.1955, à l'occasion de troubles de la déglutition.
Présentant, depuis 3 ans, des régurgitations qui ont entrainé un amaigrissement de 10 kg, elle a subi une opération de HELLER. Depuis lors, malgré une reprise de poids de 3 kg, elle considère que ses troubles persistent, inchangés.
L'alimentation n'est constituée que de laitages. Une perte de poids de 2 kg est apparue en 15 jours. Depuis 3 jours, sa voix est couverte; de plus, elle signale que depuis l'intervention, elle dort avec des oreillers pour éviter des douleurs thoraciques dorsales.

Les examens radiologiques confirment le diagnostic de megaoesophage. L'intervention est conseillée. La malade est perdue de vue et ne consulte à nouveau que le 17.7.1966:

- depuis 5 mois, la dysphagie est très importante; d'intermittente, elle est devenue permanente avec des régurgitations et des vomissements; depuis 5 mois, la dysphagie est totale, seuls les liquides sont tolérés. L'amaigrissement est de 8 kg en 7 mois.

Les radiographies pratiquées alors décèlent:

- un megaoesophage avec stase alimentaire, la baryte s'accumulant au point déclive;
- il existe une sténose absolue au niveau du 1/3 moyen;
- une épreuve pharmacodynamique est tentée, en vue de lever un éventuel spasme surajouté: 2 heures plus tard, la situation n'a pas évolué.

On conclut donc à un megaoesophage, avec sténose serrée et la possibilité d'une affection organique surajoutée au niveau du 1/3 inférieur.

L'examen clinique ne montre rien d'anormal.
Devant la suspicion de lésion organique à la radiographie, il est demandé une oesophagoscopie. Celle-ci est pratiquée le 18.7.1966:

- le tube pénètre facilement dans l'oesophage, les muqueuses sont rosées, l'aspect est normal jusqu'à 28 cm des arcades dentaires. A ce niveau, l'oesophage est très dilaté et un bourgeon pédiculé, volumineux et saignant s'insère sur la muqueuse entre 7h et 11h.

La paroi oesophagienne est particulièrement infiltrée à ce niveau; le cardia n'est pas visible, mais on le devine à 30 cm des arcades dentaires.

L'examen anatomo-pathologique du fragment biopsé montre:

- un épithélioma pavimenteux stratifié spno-cellulaire (carcinome épidermoïde différencié mature) de l'oesophage
- à côté d'un épithélium oesophagien subnormal existe une pro-

lifération tumorale faite de lobules riches en atypies cellulaires et mitoses. De nombreux globes cornés parakeratosiques d'ébauchent dans ces lobules. Le stroma est abondant.

L'intervention chirurgicale pratiquée le 21.7.1966 est une:

- oesophagectomie avec anastomose oesophagogastrique au-dessus de la crosse de l'AZYGOS

- une laparotomie médiane susombilicale est faite et décèle des adhérences considérables liées àl'intervention antérieure.

Il existe un hiatus oesophagien très large admettant trois doigts dans lequel est engagé toute la grosse tubérosité gastrique. La tumeur a été perçue par un doigt passé dans le hiatus.

Une gastolyse complète avec libération du bloc duodéno-pancréatique est pratiquée avec fermeture sur un penrose sous phrénique gauche.
Une thoracotomie droite avec résection de la 6ème côte est alors pratiquée:

- la tumeur est très volumineuse, remontant jusqu'à 2 travers de doigts de la crosse de l'azygos;
- un côle du lobe inférieur est envahi et adhère à la tumeur;
- de nombreux ganglions hypertrophiques entourent l'oesophage;
- les rapports de la tumeur sont intimes avec l'oreillette et la veine pulmonaire inférieure.

Une oesophagectomie polaire supérieure avec anastomose termino-terminale en un plan est pratiquée, sur un oesophage énorme mais à tuniques en bon état; tous les vaisseaux paraissent infiltres.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire (6 août 1966 Dr. BENATRE) est ainsi libellé:

- longueur de résection: 16 cm environ
A 1,5 cm d'un trait de section, la tumeur végétante et infiltrante de 5 cm de diamètre est visible et il s'agit d'un épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire (carcinome épidermoïde différencié mature).
- Les formations tumorales sont identiques à celles de la biopsie effectuée antérieurement et infiltrent largement la paroi; elles s'étendent dans le tissu périphérique.
- Sur les 8 ganglions receuillis, il n'y a pas de métastase;
- 5 prélèvements pratiqués sur des ganglions adressés séparement montrent:
  - une absence de métastases
  - une anthracose modérée et des images d'hyperéticulose.

La coupe oesophagienne présente une paroie plus ou moins inflammatoire dans laquelle on rencontre des éléments lymphoplasmocytaires et polynucléaires.

L'épithélioma de revêtement subit en un endroit une transformation tumorale qui représente très vraisemblablement une extension en surface de la tumeur.
Les suites opératoires sont simples.
Un traitement post-opératoire par le cobalt est instauré du fait du doute opératoire sur le caractère curatif de l'intervention.
Au mois de septembre 1966, la malade est revue:

- elles est assez fatiguée par le traitement cobaltothérapique, celui-ci a entraîné des malaises avec nausées au début des repas, des douleurs au niveau de l'hémithorax droit et quelques phénomènes hémoptisiques.
L'état général est moyen, l'examen clinique est cependant normal.

Des clichés de contrôle du transit digestif et un cliché pulmonaire sont pratiqués.

Au mois de mars 1967, la malade est revue:

- l'alimentation ne pose pas de problème; l'état général est moyen, la malade a repris son travail, mais depuis 15 jours elle constate du sang dans ses crachats, tousse beaucoup et présente toujours un point de côté.
Une bronchoscopie pratiquée a rassuré sur l'état de la malade.

En mars 1975, la malade est toujours en excellent état.

-II- ETHIOPATHOGENIE DU MEGAOESOPHAGE IDIOPATIQUE

Le megaoesophage idiopathique est une distension de la partie supérieur de l'oesophage jusqu'au voisinage du diaphragme au-dessus d'une zone étroite.
Seul le fonctionnement physiologique est perturbé, l'innervation n'est pas normale. On peut rappeler qu'à l'état normal le système nerveux intrensèque est constitué par les plexus sous muqueux de MEISNER et les plexus intramuraux d'AUERBACH. Ils assurent le péristaltisme oesophigien, tandis que le système extrinsèque pneumogastrique et sympathique module cette activité.

Dans le megaoesophage, il y a achalasie et l'oesophage inférieur ne s'ouvre pas au péristaltisme, la dégénérescence, l'aplasie ou la dislocation du système nerveux local semblent en être la cause.
Ce sont ces éléments qui le distinguent des megaoesophages dits secondaires à une cause organique, qui n'entrent pas dans notre étude du cancer sur megaoesophage.

B- FACTEURS FAVORISANTS. CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

-I- FREQUENCE

La fréquence du cancer sur megaoesophage idiopathique est assez variable selon les auteurs.
Certains considèrent le cancer sur megaoesophage comme une rareté, d'autres pensent que cette redoutable complication est assez fréquente.
Il semble que la fréquence du cancer sur megaoesophage est plus élevée que la fréquence du cancer sur un oesophage normal. Les chiffres varient, selon les auteurs, de 2 à 10%. Cette variation s'explique par la diversité des malades examinés par les différents auteurs.

AUTEURS	FREQUENCE	A.	Fr.
GUISEZ	4%	RESANO	3% (10/400)
FEINER	7%	ELLIS	10%
BREUIL	4%	LORTAT-JACOB	8%
CAMARA LOPEZ	6-7%	FERREIRA	6,2%
FLEURY	4-10%	JUST VIERA	9,3%
CALVET	5%	ADAMIR	1-10%
LAGACHE	10%	YERNERSOUL	5%
LORTAT JACOB	2%	SALAVERI	2-6%
RIBEL & PLAGET	3%	DEBRAY	5%
HILLEMAN	3%	LEYMARIOS	2 7%

La difficulté d'apprécier la fréquence exacte de cette complication tient à la variété des cas étudiés et aux circonstances d'établissement de statistiques; les malades sont plus ou moins suivis ou perdus de vue.
Néanmoins, cette fréquence parait supérieure à celle du cancer sur oesophage, ce qui tend à faire établir une relation entre megaoesophage et le risque de cancer, le megaoesophage pourrait favoriser le développement de ce dernier.

-II- AGE ET SEXE

Une légère prédominence du cancer sur megaoesophage est notée pour le sexe masculin, bien que quelques auteurs font du cancer sur megaoesophage une affection plus volontiers féminine. Pour d'autres, la fréquence du cancer sur megaoesophage est la même chez l'homme et la femme.

Le cancer de l'oesophage étant surtout une maladie masculine, il semble donc que le megaoesophage joue un rôle favorisant dans son apparition.

L'âge semble également plus bas dans le cancer sur megaoesophage que dans le cancer de l'oesophage. Sur l'ensemble des observations connues de cancer sur megaoesophage, l'âge des sujets est très variable et les extremintés se situent à 14 ans et 80 ans. La moyenne d'âge est donc entre 35 et 55 ans. (Cf. Tableau page 11).

TABLEAU DES MOYENNES D'AGE ET DES SEXES SELON LES AUTEURS

AUTEURS	AGE	SEXE
GADE MORENAS	29	M
DESCHAMPS	47	M
	14	F
	26	M
	30	M
	46	M
AUGUSTE	17	F
KASTLE	46	M
SANTY	35	M
WEB	am 68	7M-6F
CAMARA LOPEZ	am 52	6M/6 cas
CUQ	am 50	M
SAUBIER	am 55	2M-1F
CALVET	am 50	3M-1F
GOUDEMAND	am 45	M>F
TOISON	am 50	M
DEBRAY	am 50	M=F
JUST VIERA	am 48	M>F
ADAM	am 59	12M-1F
FONTAINE	50	F
SALAVERI	50	M
GIRARDIER	56	M
RIBEL PLAGET	am 37	7M-1F
LORTAT JACOB	am 45	M

am = âge moyen F = femme M = masculin

-III DATE DE SURVENUE DU CANCER

Dans notre observation, la malade avait un megaoesophage connu depuis 1953, mais les troubles remontaient à 3 ans auparavent et le cancer chez cette malade fut découvert en 1966 près de 16 ans après le début clinique du mégaoesophage.

La littérature souligne le caractère tardif de la survenue du cancer sur megaoesophage et la discretion de la symptomatologie sur un oesophage dilaté. Il semble qu'en moyenne le cancer survienne à l'âge habituel du cancer de l'oesophage.

C'est FAGGE qui rapporte la plus grande durée d'apparition 40 ans après le début du megaoesophage. La durée moyenne de cet intervalle est de 20 ans ainsi qu'en témoignent les publications.

AUTEURS	DUREE
RIBET	15-20 ans
GIRARDIER	15
SALAVERI	16
FONTAINE	15
LAGACHE	18
ADAMS	28
JUST VIERA	17
DEBRAY	20
TOISON	20
GOUDEMAND	16-20
CALVET	3-20
SAUBIER	20
CUQ	18
DUPUIS	17
CAMARA LOPEZ	15
WEB	30
BREUIL	20
JUSKE BENEDICTE	30
CALARY	13
Pr. VANDOOREN	16

-IV- INFLUENCE DU TRAITEMENT DU MEGAOESOPHAGE SUR LE CANCER

La longueur de l'intervalle entre la découverte du megaoesophage et celle du cancer s'explique d'une part par la lenteur d'évolution du cancer dans un organe dilaté, d'autre part par le fait que le cancer semble résulter d'une atteinte progressive et chronique de la muqueuse oesophagienne par des phénomènes mécaniques ou organiques.

Peut-on établir une relation entre la survenue du cancer et le traitement pratiqué pour le megaoesophage ?

S'il est difficile d'affirmer qu'un traitement correctement mené et pratiqué à temps sur le megaoesophage peut éviter cette évolution, certains auteurs, comme LORTAT JACOB (1), insistent sur le fait que les méthodes de traitement du megaoesophage, telles que les dilatations mécaniques répétées, favorisent l'apparition du cancer.
ADAMS (2) cite 13 cas de sujets traités pour achalasie par des dilatations instrumentales, chez lesquels un cancer est apparu.
Pour CUQ (3), il y aurait peut être une apparition plus tardive du cancer selon le traitement pratiqué pour le megaoesophage:

Durée d'apparition du cancer	Traitement du megaoesophage
16 ans	sans traitement
19 ans	après dilatation
22 ans	après HELLER

(Tableau d'après CUQ)

Il est difficile de conclure sur le retentissement exact du traitement du megaoesophage sur le cancer, mais on peut retenir l'importance d'un traitement d'efficacité certaine et contrôlée.

(1) LORTAT JACOB J.L., RICHARD C.A., FEKETE F. et TESTART J. : cardiospasme et cancer de l'oesophage; rapport de 24 cas/SURGERY, dec. 1969. 66, n°6, 969-975

(2) ADAMS R. : Carcinome of the thoraco-oesophagus, clinicals observations and churgical exploration SURG. CLIN. in America 1944: 24, 684

(3) CUQ J. P. : Les cancers de l'oesophage , greffes sur megaoesophage idiopathique, Thèse Paris 1963 n°899 58 pages

-V- AUTRES FACTEURS FAVORISANTS

D'autres agents favorisants extérieurs interviennent peut-être dans la formation du cancer, ce sont tous les facteurs d'irritation ou d'infection:

- alcool
- tabac
- caries dentaires.

DIBELLO & ZELLI (1) ont rapporté l'observation de 5 frères chez qui on a retrouvé 3 megaoesophages et dont 2 ont évolué vers le cancer. Existerait-il un phénomène génétique et héréditaire?

(1) DIBELLO & ZELLI : Acta Chirurgical, Italie 1960 16, 267

C - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-I- LOCALISATION

Dans notre observation, la stenose sur megaoesophage due à la neoplasie se situait au 1/3 moyen. Cette localisation du cancer sur megaoesophage semble être la plus fréquente pour les auteurs consultés.
DESCHAMPS (1) en 1929 notait 7 cas sur 9 au 1/3 inférieur et 2 cas sur 9 au 1/3 moyen.
Pour AUGUSTE & PARIS (2) le 1/3 moyen est le plus fréquent de même que pour SANTY (3).
FLEURY (4) donnait sur 10 cas 6 au 1/3 inférieur et 2 au cardia; la localisation au cardia est la plus rare pour CALVET (5) qui rapporte 6 cas sur 10 au 1/3 inférieur de l'oesophage thoracique.
GOUDEMAND (6) dans sa thèse précise:

- 27 cas sur 54 au 1/3 moyen (50%)
- 43% au 1/3 inférieur

LORTAT JACOB (7) dans son rapport sur 24 cas note:

- 14 au 1/3 moyen
- 8 au 1/3 inférieur.

Pour CUQ (8), il y aurait:

- 56% des cas au 1/3 moyen
- 35% au 1/3 inférieur
- 8% au 1/3 supérieur

et JUST VIERA (9) confirme ces chiffres en donnant:

- 4 cas au 1/3 supérieur
- 56 cas au 1/3 moyen
- 42 cas au 1/3 inférieur sur 109 cas
- 7 cas sur différents segments

Il semble que le cancer sur megaoesophage se développe au niveau du 1/3 moyen, de même que le cancer sur oesophage qui dans 35 à 45% des cas se situe au niveau de l'oesophage thoracique moyen.

(1) DESCHAMPS:Cancer secondaire aux dilatations idiopathiques de l'oesophage - Thèse, Lyon 1921
(2) AUGUSTE & PARIS J. :Cancer développé sur un megaoesophage évoluant depuis 24 ans;Gaz. Med. France 1946, 53, 104 106
(3) SANTY P. & MICHAUD P. VIARD:Cancer sur megaoesophage, Lyon Chir. Mai 1958, 54 n°3 354-367
(4) FLEURY R., LEGRE J. :Cancer sur megaoesophage, intérêt du diagnostic, Marseille Chir. 1963, 15, 46
(5) CALVET J. MARQUES P. MICHEL M. : Le cancer sur megaoesophage; Ann. Oto-Layng., mars 1965, 83 n°3 284-289
(6) GOUDEMAND A. : Cancer sur megaoesophage, Thèse Lille 1965.

-II- LA DILATATION OESOPHAGIENNE

La dilatation oesophagienne dans le megaoesophage est souvent très volumineuse; elle s'étend sur toute la longueur de l'oesophage thoracique avec un allongement assymétrique prédominant à droite et déterminant la formation de sinuosités.
Le cancer se développe donc très facilement dans cette poche et n'est que très tardivement et rarement stenosant.
Néanmoins, lorsque la stenose existe, comme dans notre observation, elle se situe au milieu de la poche qu'elle divise en deux segments. Le fait que l'oesophage soit biloculé est éminament suspect.

(7) LORTAT JACOB J. L. :Cardiospasme et cancer de l'oesophage rapport de 24 cas SURGERY Dec. 1969 66, n° 6 969-975
(8) CUQ J. P. : Thèse Paris 1963, n° 899 58
(9) JUST VIERA J. O. : Achalasia and esophagal carcinoma - ANN. THORAC. SURGERY 1967, 34 - 123

-III- LE TYPE DU CANCER ET SA FREQUENCE

Comme tout cancer de l'oesophage, le cancer survenant sur un megaoesophage peut être de trois types:

- bourgeonnant
- ulcère
- infiltrant.

Le type bourgeonnant est le plus fréquent, souvent ulcère ou infiltrant lorsqu'il est médoithoracique, plutôt stenosant lorsqu'il se développe au niveau du cardia.

Les trois caractères s'associent souvent. Pour GOUDENAND, la fréquence des différentes formes est la suivante:

- 66% pour le type bourgeonnant
- 20% pour le type ulcère
- 14% pour le type infiltrant.

Dans notre observation, il s'agissait d'un cancer bourgeonnant pédiculé, assez volumineux et infiltrant, ce qui concorde avec la fréquence donnée plus haut de ce type de cancer.

-IV- HISTOLOGIE

Le développement tumoral sur le megaoesophage suit de près la nature histologique des cancers de l'oesophage. En quasi totalité, ce sont des épithéliomas pavimenteux, les sarcomes sont rares. 95% des tumeurs rencontrées sont des épithéliomas pavimenteux stratifiés spinocellulaires typiques ou atypiques: carcinomes épidremoïdes indifférenciés, immatures ou matures.

Ces épithéliomas se développent surtout à la partie moyenne ou inférieure de l'oesophage. Dans notre cas, nous étions en présence d'un épithélioma pavimenteux stratifié spinocellulaire: carcinome épidermoïde différencié mature, situé à 28 cm des arcades dentaires à l'oesophagoscopie.

L'ensemble des observations publiées sont en concordance avec l'anatomie pathologique du cancer sur megaoesophage que nous avons étudié. Les types glandulaires sont peu fréquents et se voient durtout dans les cancers de la partie basse de l'oesophage, ils naissent à partir des glandes oesophagiennes de la région supracardiale, ou à partir de foyers de muqueuses gastriques ectopiques.

Tous les auteurs s'accordent à faire prédominer les épithéliomas malpyghiens spinocellulaires:

TYPES	CUQ	GOUDEMAND
épithé. spinocellulaire	83%	96%
" basocellullaire	6%	-
" mixte	2%	-
" glandulaire	8%	-

-V- EXTENSION DU CANCER

Dans notre cas, à l'intervention, on notait une tumeur remontant jusqu'à la crosse de l'azygos et ayant des rapports intimes avec l'oreillette et la veine pulmonaire inférieure. Un cône du lobe inférieur était envahi et adhérait à la tumeur.

Il n'existait pas, cependant, de ganglion métastatique. Comme dans le cancer de l'oesophage, le cancer sur megaoesophage s'étend dans la sous-muqueuse et dans la musculeuse, et a tendance à envahir précocement:

- par les lymphatiques thoraciques et abdominaux tardivement;
- vers les organes du voisinage:
  - trachée
  - bronche gauche
  - récurrent
  - aorte
  - veine pulmonaire
  - péricarde

Enfin, il métastase au niveau du foie, des poumons et des os. C'est pourquoi, la clinique éveille l'attention souvent par des signes d'emprunt, liés à l'extension dans le voisinage, du cancer.
LORTAT JACOB note les fistules tracheo-oesophagiennes et au niveau de la bronche gauche. Cette fréquence de l'atteinte broncho-pulmonaire se retrouve dans de nombreuses publications:

- CADE note une atteinte pleurale et pulmonaire
- AUGUSTE fait état d'une atteinte pulmonaire, des bronches de la plèvre, associés à des métastases hépathiques et osseuses
- Pour SANTY, il faut noter une atteinte des filets nerveux intercostaux et récurrentiels qui précède souvent la dysphagie. Les névralgies intercostales ou la paralysie récurrentielle peuvent être les premiers signes cliniques. Pour lui, l'envahissement ganglionnaire et général du cancer sur megaoesophage est le même que celui du cancer de l'oesophage.
- DUPUY note une extension cutanée, dans un cas
- GIRARDIER rapporte un cas de métastase thyroïdienne.

D - PATHOGENIE DU CANCER SUR MEGAOESOPHAGE

La fréquence du cancer sur megaoesophage, sa survenue un peu plus importante chez les femmes que dans le cancer de l'oesophage, le fait que ce cancer peut apparaître chez des sujets très jeunes, porteurs de megaoesophage, incitent à chercher l'étiopathogénie de ce cancer.

Pour de nombreux auteurs, les dilatations répétées sur le megaoesophage et la stase alimentaire sont deux éléments qui par l'irritation qu'ils entraînent, favorisent le cancer.

L'oesophagite entrainée par la stase alimentaire, en cas de megaoesophage semble être le premier point de départ des cellules cancereuses. L'inflammation et l'infection des paroies provoquent des exulcérations des muqueuses, qui entraînent une hyperplasie épithéliale et la formation de plaques de leu coplasies.

Devant l'importance de cette stase, dans la survenue du cancer, LORTAT JACOB insiste sur la nécessité d'une intervention de HELLER précoce pour être efficace.

Le rôle des dilatations répétées dans la survenue du cancer est beaucoup plus discuté.

Enfin DESCHAMPS fait allusion à la possibilité d'une part congénitale dans la formation du cancer sur megaoesophage:

- il existerait une malformation tissulaire dans le megaoesophage avec une prolifération de germes qui favoriseraient la formation tumorale.

L'étiopathogénie du cancer sur megaoesophage est donc mal connue, mais l'oesophagite de stase paraît bien être le facteur principal de la survenue de ce cancer.

E - ETUDE CLINIQUE

-I- SIGNES CLINIQUES

Chez notre malade, l'élément clinique dominant était les troubles de la déglutition et surtout la modification de la dysphagie évoluant depuis plusieurs années, qui a fait évoquer la formation d'une néoplasie.

Il faut savoir, en effet, tenir tout signe clinique nouveau ou inhabituel, suspect chez un porteur de megaoesophage. Ce sujet présente depuis longtemps déjà, des troubles à type de dysphagie régurgitation, douleurs ou amaigrissement, et souvent, il ne prête pas attention à une modification moindre de ses troubles.

a) - La dysphagie

Cette dysphagie s'est modifiée par rapport à la dysphagie du megaoesophage simple. Alors que depuis des années, le mala de présente une dysphagie paradoxale et intermittent, elle devient continue. Au début, elle peut être prise pour une poussée du megaoesophage.
Cette dysphagie permanente ne cède pas aux moyens habituels employés par le malade:

- verre d'eau
- inspiration

Elle est absolue et entraîne une dénutrition. Pour certains auteurs, cette modification de la dysphagie est le principal signe du cancer, pour d'autres, elle n'apparaît que dans un cas sur deux.

b) - Amaigrissement

Il accompagne souvent la dysphagie, surtout lorsqu'elle entraîne une dénutrition. L'altération de l'état général d'un porteur de megaoesophage même sans modification de la dysphagie doit faire suspecter un cancer.
Pour CUQ, l'amaigrissement est un signe important.
CALVET note l'association dysphagie-amaigrissement très en faveur d'un cancer. Cet amaigrissement s'installe avant que la dysphagie soit totale.

c) - Hemorragies

Pour LORTAT JACOB, un megaoesophage qui saigne est un megaoesophage compliqué.
Sur l'ensemble des observations étudiées, nous pouvons noter effectivement une fréquence assez élevée d'hémorragies dans

la découverte du cancer. Il s'agit soit de simples vomissements soit de véritables hématémèses.

Pour TOISON (1) le signe clinique le plus important est l'hémorragie:

- soit sous forme d'une régurgitation sanglante,
- soit sous forme d'une hématémèse unique ou répétée. Il existe alors une spoliation sanguine variable.

Il faut donc rechercher cette notion d'hemorragie, surtout si elle a été minime, par un interrogatoire précis et approfondi.

d) - Douleurs

Des douleurs thoraciques rétrosternales ou épigastriques sont souvent notées au cours des observations. Ces signes d'emprunts doivent donner l'alarme.
WEB note des douleurs avec un syndrome pleuro-pulmonaire.
Dans notre observation, la malade se plaignait de douleurs thoraciques dorsales.
Ces signes d'emprunt n'évoquent pas toujours le cancer, surtout chez un malade déjà porteur de nombreux troubles. Mais la latence d'évolution du cancer et son diagnostic tardif imposent scrupuleusement ces symptômes anormaux.

Par ailleurs, d'autres signes cliniques peuvent éveiller l'attention:

- la fièvre
- les régurgitations
- les vomissements
- la toux assez fréquente et associée aux vomissements, elle doit faire évoquer une fistule
- l'hypersialhorrée.

CUQ note même une osteoarthropatye hypertrophiante pneumique. Le cancer peut enfin être révélé par des métastases:

- osseuses
- pleurales
- cutanées.

La suspicion de la tumeur n'est pas toujours aisée surtout lorsque la clinique se résume à de simples troubles digestifs. Devant tout megaoesophage, il faut redouter le cancer et le rechercher par des examens complets.

(1) TOISON G. - CHARLES J; et PARIS J.C.: Les éléments du diagnostic du cancer développé sur megaoesophage idiopathique - Lille med, oct. 1967 12, n° 8, 927-935

-II- EXPLORATION POUR L'ETAPE DIAGNOSTIQUE

a) - Radiologie

Malgré les carences connues de cet examen, tous les auteurs sont d'accord sur l'importance primordiale de cet examen.

Il faut pour qu'il soit efficace ne pas se contenter du cliché standard de l'oesophage, mais faire de nombreuses incidences et avoir recours à certaines techniques afin de découvrir l'image pouvant faire suspecter le cancer.

Sur le cliché standard, le megaoesophage est souvent visible l'ombre dépassant le mediastin dans l'hémithorax droit, parfois il existe un niveau liquide. On ne peut bien sûr se contenter de cet examen et l'opacification du megaoesophage est nécessaire. A ce stade, apparaissent alors les premières difficultés techniques du fait du liquide de stase contenu dans la poche du megaoesophage; la bouillie barytée a tendance à tomber au fond de la poche et à floculer.
Cette bouillie barytée dessinant mal les contours, de fausses images risquent d'apparaître et l'on peut passer à côté d'une lésion.

LORTAT JACOB, qui accorde une grande importance à l'examen radiologique, recommande d'opacifier après avoir lavé et vidé la poche du megaoesophage. Il faut s'aider de la technique de la couche mince avec un produit visqueux, à laquelle on peut associer l'insufflation.

L'examen du megaoesophage opacifié sous diverses incidences:

- procubitus
- decubitus
- oblique antérieur droit

est indispensable pour mettre en évidence une image de rigidité, une lacune ou une irrégularité de la paroi oesophagienne.
Certains auteurs ont recours aux modificateurs du comportement:

- nitrate d'amyle
- scopolamine.

RIBET & PLAGET recommandent l'utilisation d'une bouillie peu épaisse pour obtenir un bon contraste.
Pour JUST VIERA, il est nécessaire d'avoir effectuer une bonne préparation du malade avec un régime liquide pendant plusieurs jours et le jeûne la veille de l'examen.

Enfin, il ne faut pas oublier le radiocinéma qui permet dans 50 à 60% des cas de faire le diagnostic de lésion surajoutée au megaoesophage.

Dans notre observation, l'image de stenose absolue du 1/3 moyen, visible à l'examen radiologique et non modifiée après l'épreuve pharmacodynamique, faisait suspecter une lésion organique surajoutée. Le type des images mises en évidence par l'examen radiologique, lors de la suspicion d'un cancer, est variable. Il s'agit:

- soit d'une lacune rigide ou marécageuse
- soit d'une déformation du bord de l'oesophage
- soit, encore, d'une lacure marginale à contours polycycliques avec bourrelet.

Pour JUST VIERA, l'image d'un défilé étroit, ainsi qu'un aspect de deccrochement du fond de la poche avec une augmentation d'épaisseur de tissu entre ce fond et le diaphragme, sont en faveur d'un cancer.
CALVET note l'image classique en "bouse de vache" assez rare. Il s'agit le plus souvent, d'une simple déformation d'un bord du megaoesophage. Les difficultés d'interprétation de cet examen sont assez nombreuses. Il faut se méfier des empreintes plus marquées des autres organes du fait de la distension de l'oesophage.

Malgré ces carences, auxquelles il faut remédier au maximum en utilisant de bonnes techniques d'examen, la radiologie reste un point essentiel de l'exploration du megaoesophage.

b) - L'endoscopie

Complément de la radiologie, cet examen, qui connait aussi des difficultés techniques, nécessite un malade correctement préparé mis au régime liquide pendant 3 jours avec un mega oesophage vidé.
Il s'agit de voir tous les replis de la poche du megaoesophage afin de ne pas passer à côté d'une lésion. Cet examen n'est pas bénin et nécessite une grande prudence.
Cependant, grâce à la fibroscopie, cet examen a été transformé depuis quelques années. Le fibroscope pallie les inconvénients et les insuffisances des méthodes classiques, et permet d'explorer les segments inaccessible à l'endoscopie.
Par ailleurs, la tolérance de la fibroscopie étant plus grande, l'exploration de l'oesophage est améliorée.

Cette fibroscopie associée à la biopsie permet dans 80% des cas le dépistage d'une anomalie. Cet examen est indispensable à l'exploration du megaoesophage et certains auteurs proposent de suivre régulièrement un malade porteur de megaoesophage par l'endoscopie.
Pour LORTAT JACOB, cet examen permet de découvrir ou de confirmer un cancer vu à la radio.
Selon les auteurs, les résultats positifs varient de 50% pour DEBRAY & WEB, à 60 % pour J. CHARLES. RIBEL & PLAGET estiment qu'il s'agit d'un geste obligatoire dans le bilan pré-

opératoire du megaoesophage. Il permet de découvrir une tumeur de petite taille.
Enfin CALVET attire l'attention sur la découverte d'un liquide sanguinolent à l'oesophagoscopie: il ne peut être en rapport qu'avec une oesophagite ou un cancer.

Tableau des résultats de l'oesophagoscopie selon le Siège du Cancer (TOISON)

Siège	+	-
1/3 Supérieur		1
1/3 Moyen	9	6
1/3 Inférieur	3	2
CARDIA	3	2
TOTAL	15	11

c) - Cytologie

L'examen cytologique des sécretions prélevées au cours de l'endoscopie peut se révéler intéressant. Pour certains auteurs il n'y a pas de résultats faussement positifs.

Pour BREUIL (1), cet examen n'est valable que s'il est positif. JUST VIERA rapporte 3 cas où le diagnostic du cancer a été fait par la cytologie alors que les autres examens étaient négatifs.
Il reste, au niveau des explorations, les pressions manométriques. Il s'agit d'un examen d'expérimentation; il est difficile d'établir actuellement son intérêt dans le dépistage du cancer de l'oesophage.

(1) BREUIL N. La dégénérescence néoplasique dans le megaoesophage par cardiospasme. Thèse LYON 1957 N° 155

F - EVOLUTION ET PRONOSTIC

Comme tout cancer de l'oesophage, le cancer survenant sur megaoesophage est de mauvais pronostic. Tout concourt à ce que le diagnostic de cancer soit porté tardivement:

- il est implanté sur un viscère distendu,
- il survient chez un dysphagique de longue date.

C'est pourquoi, dans la plupart des cas, l'évolution est mauvaise et la survie est courte.

L'intérêt de notre observation est lié à une survie, qui est actuellement de 8 ans. L'intervention date de juillet 1966 et jusqu'à ce jour, la malade est en bonne santé.

Ce fait est rare, et dans toute la littérature étudiée, ce qui domine ce cancer, c'est sa courte durée d'évolution. L'évolution à bas bruit explique ce mauvais pronostic, et les échecs de la chirurgie sur un cancer trop évolué.

Il est intéressant d'étudier les survies notées au cours des observations étudiées et de comparer, en fonction de la date de découverte du cancer et du type de traitement, la durée de ces survies.

CUQ avait dans sa thèse établit un tableau des survies, sur les cas connus jusqu'en 1963. La plus longue survie était de 15 mois. Elle était rapportée par LAGACHE et SOOTS (1). Il s'agissait d'un homme de 36 ans ayant un megaoesophage depuis 20 ans, traité par HELLER, 11 mois avant la découverte du cancer. Ce cancer était au niveau de l'oesophage inférieur, une oesophagectomie avec anastomose avait été pratiquée.

Nous avons rassemblé dans un tableau les cas publiés depuis 1963 et que nous avons étudiés dans la littérature, en comparant:
- la durée du megaoesophage
- le traitement du megaoesophage
- la découverte du cancer
- le traitement du cancer
- la survie.

Dans notre cas, la malade avait subi un premier traitement du megaoesophage par intervention de HELLER. Après la découverte du cancer, elle a subi une oesophagectomie avec anastomose oesophago-gastrique. L'envahissement semblait localisé et les ganglions prélevés n'étaient pas atteints.

(1) LAGACHE & SOOTS: Cancer sur megaoesophage à propos de 2 observations. ANNA. Chir. (suppl. Sem. Hôp.) Juil. 1958 12, n° 13-14 C. 739-C. 742.

Peut-ob expliquer cette sruvie par un diagnostic relativement précoce du cancer et un petit envahissement localisé ?
On ne peut tenir compte du premier traitement du megaoesophage, celui-ci n'ayant pas entrainé une disparition complète des troubles et n'ayant pas empéché l'apparition du cancer.
Seule la thèse d'un diagnostic précoce du cancer et d'un traitement ajusté semble plausible.

LORTAT JACOB Etude de 20 cas

Tableau de quelques survies après les différents types de traitement

Type d'intervention	Survie	Cause du décés
oesophagectomie totale	11 mois	Bronchopneumonie
oesophagectomie+plastie	3 mois	Fistule sur mordeau transplanté
résec'ion + anastomose	8 jours	lachage de suture
oesophagectomie totale	0	collapsus
résection + anastomose	6 mois	métastases
oesophagectomie totale + plastie	1 an	métastases pulmonaires
résection + anastomose	1 an	métastases

Réf. : Surgery Dec. 1969 66 n° 6 969-975

AUTEURS	AGE & SEXE	DUREE du megaoesophage	TRAITEMENT du megaoesophage
Fleury-Leger 1963	H. 58 ans	25 ans	Heller
Saubier-Lequin 1964	H. 55 ans	35 ans	?
	F. 63 ans	27 ans	Heller
	H. 50 ans	10 ans	Dilatations
Calveat-Marques 1965	H. 55 ans	10 ans	Dilatations
	H. 65 ans	?	"
	H. 58 ans	26 ans	"
	F. 38 ans	-	-
Goudemand 1965	H. 36 ans	19 ans	Heller
	F. 55 ans	?	Dilatations/antispasmodiques
	H. 62 ans	23 ans	Dilatation
Darnaud-Voisin 1965	H. 24 ans	10 ans	Heller
Fontaine 1966	H. 60 ans	14 ans	oesophagocardiomyotomie
Toison 1967	H. 50 ans	20 ans	Heller
Lortat Jacob 1969	20 cas observés	diagnostic à un stade avancé	
Lagache 1971	H. 46 ans	18 ans	Heller
Salaverie 1972	H. 45 ans	16 ans	Heller
Girardier 1972	H. 36 ans	15 ans	?

(Suite du tableau page 28)

AUTEURS	AGE & SEXE	DUREE du megaoesophage	TRAITEMENT du megaoesophage
Ribel et Plaget 1972	H. 61 ans	20 ans	Heller
	H. 57 ans	-	"
	F. 46 ans	-	oesophagectomie+Heller extra muqueuse
	H. 37 ans	enfance	?
	H. 37 ans	16 ans	-
	H. 58 ans	20 ans	Heller
	H. 49 ans	10 ans	-
	H. 72 ans	20 ans	opération+dilatation
Calary 1972	H. 33 ans	?	Heller
Pr. Van Dooren	F. 43 ans	13 ans	Heller

Diagnostic du cancer	Traitement du cancer	Survie
Radiocinéma	Cardioplastie - gastrostomie	11 jours
oesophagoscopie + biopsie	oesophagectomie thoracique	? Va bien en 1964
radiographie	" "	? " " " "
oesophagoscopie	heller	? " " " "
radiographie	-	10 jours
biopsie	dilatation	2 mois
radiographie	cobalt 5000 rd / 5 semaines	2 mois
radiographie	gastrostomie + cobalt	5 mois
radiographie	thoracotomie	15 mois
laparotomie	"	décés post opératoire
laparotomie	gastrostomie + oesophagectomie	8 mois
biopsie	gastrostomie + cobalt	1 mois
radiographie + biopsie	gastrectomie	6 mois
endoscopie	Heller itérative	quelques semaines
	palliatif	maximum 5 ans
-	-	-
en cours d'intervention	résection oesogastrique + oesophagectomie + anastomose colique	?
radiographie	gastrectomie	11 mois

(Suite du tableau page 30)

Diagnostic du cancer	Traitement du cancer	Survie
?	oesophagectomie	2 ans
?	résection + anastomose	5 mois
?	exerèse	4 mois
?	résection	?
radiographie fibroscopie	gastrostomie	Décés post opératoire
-	-	6 mois
oesophagoscopie	résection	?
oesophagoscopie	abstention	?
radiographie + biopsie	radiothérapie + 6400 rds + chimiothérapie	10 mois
radiographie + biopsie	oesophagectomie + anastomose oesophago-gastrique	va bien en 1975

G - TRAITEMENT

-I- METHODES

Plusieurs types de traitements sont propres aux cancers sur megaoesophage. Comme dans les cancers sur l'oesophage, il faut distinguer:

- un traitement palliatif
- un traitement curatif

Nous envisagerons aussi le traitement préventif.

a) - Traitement palliatif

C'est un traitement auquel on a le plus souvent recours étant donné l'évolution silencieuse de ce cancer et le fait que le diagnostic soit fait à un stade trop tardif pour un traitement curatif. Il peut être:

- médical, mais les antimitotiques sont peu utilisés; les dérivés de la belladone et phénothiazine sont utilisés pour le spasme et la douleur;

- la physiothérapie peut être utilisée soit par le bétatron, soit par le cobalt.

Mais si le cancer est de type glandulaire, il est peu sensible et relève en principe de la chirurgie. Les épithélioma malpighiens, bien que sensibles sont trop étendus pour être traités par les radiations.
La chirurgie palliative est nécessaire surtout chez le malade dysphagique à l'extrême. Ce sera:

- soit une gastrotomie
- soit une jejunostomie
- soit une anastomose oesogastrique.

Pour certains auteurs, au stade tardif, la gastrotomie est le seul geste indispensable et utile.

b) - Le traitement curatif

Celui-ci peut parfois être envisagé selon l'état du malade et le stade du cancer. Il est chirurgical avec un temps d'exerèse et un temps de réparation. Cette exérèse n'est pas possible dans le cancer médiothoracique dont le diagnostic est tardif et l'extension trops grande. Elle est valable pour le cancer du 1/3 inférieur et du cardia.
Pour certains auteurs, cette exérèse est souvent difficile du fait de l'extension de la tumeur. Il y a souvent un risque de reflux du fait du calibre de l'anastomose oesogastrique.

La double voie abdominale et thoracique droite paraît bonne car elle permet de réaliser dans le même temps une oesophagectomie totale et un curage ganglionnaire.

CAMARA LOPEZ (1) recommande une oesophagectomie subtotale avec oesogastrectomie et anastomose.

La cobaltothérapie peut être associée à la chirurgie à visée curatrice. C'est ce qui a été pratiqué chez notre patiente; Cette cobaltothérapie étant faite essentiellement en raison de l'extension.

-II- LES INDICATIONS

Dans le cas du cancer très étendu et développé sur la poche du megaoesophage à distance du cardia, la gastrostomie s'impose. Pour le cancer inférieur du megaoesophage, la chirurgie curatrice est envisageable:

- soit l'exérèse
- et oesophagectomie avec anastomose oesogastrique.

Tous les auteurs sont d'accord pour pratiquer une thoracotomie exploratrice devant tout megaoesophage suspect dont l'exploration autre n'a pas prouvé le cancer.

Pour LORTAT JACOB, le traitement curatif a souvent peu d'effet durable; c'est pourquoi, il insiste sur le traitement préventif.

-III- LE TRAITEMENT PREVENTIF

De cette étude du cancer survenant sur megaoesophage, il ressort que le traitement du megaoesophage, s'il est fait correctement, peut éviter la redoutable complication qu'est le cancer.

Les critères du traitement du megaoesophage sont:

- une disparition de la stase à la radiographie
- une diminution du calibre du megaoesophage et une réapparition de la poche à air gastrique
- une absence de reflux
- un relief muqueux normal à l'endoscopie.

L'intervention chirurgicale de HELLER nous semble le procédé

(1) CAMARA LOPEZ L.H. : Une complication du megaoesophage: le cancer de l'oesophage; Analyse de sept cas. Am. J. Dig. Août 1961 6 n° 8 742-756

le plus favorable, à condition d'effectuer correctement et précocément ce traitement. Pour LORTAT JACOB, cette technique de HELLER est la meilleure et le plus sûr traitement préventif. SANTY recommande cette technique et insiste sur la nécessité de suivre le malade après l'intervention.
DUPUY pratique cette intervention même sur un megaoesophage au stade latent.

L'intervention de HELLER peut être suivie d'une oesophagite si l'incision est trop importante au niveau de l'estomac et si un repère de l'orifice n'est pas fait en même temps.

Elle nécessite donc une technique précise.

Il semble qu'avec un traitement correct du megaoesophage et l'examen régulier du patient, ainsi que des investigations en cas de suspicion de lésions organiques, on puisse éviter ou endiguer précocement la survenue d'un cancer sur le megaoesophage.

CONCLUSION

L'étude d'un cas de cancer sur un megaoesophage idiopathique avec survie prolongée nous a permis de voir les risques de complication tumorale que comporte cette malformation oesophagienne.

Il faut retenir que sa fréquence est diversement appréciée; qu'il s'agit d'un cancer qui se manifeste tardivement, en moyenne 18 ans après le début du megaoesophage. Les manifestations cliniques qui le révèlent sont variables; les techniques d'exploration permettant sa découverte ont un pourcentage modéré mais réel d'échecs.

Le pronostic de ce cancer nous fait insister sur la nécessité d'un bon traitement du megaoesophage et d'une surveillance stricte du malade porteur d'un megaoesophage.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS R. Carcinoma of the thoraco esophagus. Clinical observations and chirgical exploration
SURG. CLIN. IN AMERICA 1944: 24, 684

ASHERSON N. Cardiospasme intermittent and initial manifestation of carcinoma of the cardia
BRITISH. J. TUBERC. 1953: 47, 39

AUGUSTE CH. & PARIS J. Cancer dévéloppé sur un megaoesophage évoluant depuis 24 ans
GAZ. MED. FRANCE 1946:53, 104-106

BAER P. and SICHER K. The association of achialasia of the Cardia with esophageal carcinoma
BRIT. J. RADIOL. 1927: 20, 528

BENSAUDE A. & VIGUIER R. Megaoesophage et cancer
ARCH. MAL. APP. DIG. Dec. 1946: 35, n° 12
544-547

BERSAK S. R. Carcinoma of the esophagus in association with achalasia of the cardia
RADIOLOGY 1944: 42, 220

BOUTELIER P. Megaoesophage
CONCOURS MEDICAL 1969:12, 1297

BREUIL N. La dégénérescence néoplasique dans le megaoesophage par cardiospasme
THESE LYON 1957, n° 155

CADE & MORENAS Cancer de l'oesophage chez un homme de 29 ans atteint de megaoesophage
LYON MEDICAL 1921: n° 12 553

CALARY J. A propos du cancer de l'oesophage sur megaoesophage
THESE PARIS 1972, n° 72, 42 pages

CALVET J., MARQUES P., COLL J. & MICHEL M. Le cancer sur megaoesophage
ANN. OTO-LARYNGO., mars 1965, 82 n°3
284-289

CAMARA-LOPES L. H. Une complication du megaoesophage: le cancer de l'oesophage. Analyse de 7 cas
AM. J. DIG. DIS. Août 1961, - 6, n° 8 742-756

CARLOZ Y. A propos d'un cas de megaoesophage latent avec dégénérescence cancereuse secondaire
THESE LYON 1958, 47 pages

CHARLES J. A propos de 2 cas d'hematémèse au cours de l'évolution d'un megaoesophage idiopathique
THESE LILLE 1961

CRENSHAW J.F. and BOOCHER R.J. Achalasia of the cardia with esophageal carcinoma
GASTROENTOROLOGY 1953, 25, 385-392

CUQ J.P. Les cancers oesophagiens greffés sur megaoesophage idiopathique
THESE PARIS 1963, n° 899, 58 pages

DARNAUD C., VOISIN R., SARRAZIN R., MASSABIE B. & CANTALA P. Megaoesophage idiopathique compliqué de cancer
ARCH. MAL. APP. DIG. av. 1965 54 n° 4 402

DEBRAY C., LEYMARIOS J. & CUQ J.P. Les cancers du megaoesophage idiopathique
Entretiens de BICHAH 1967, 449, 454

DEBRAY C., LEYMARIOS J. & CUQ J.P. Les cancers développés sur megaoesophages idiopathiques
ARCH. FRANC. MAL. APP. DIG. av. 1967, 56 n° 339-340
ARCH. FRANC. MAL. APP. DIG. Janv. Fev. 1968, 57, n° 1.5 - 24

DELAFONTAINE P., VIGUIE R., RENSONNET P., PRADEL & VERDOZ D. Un nouveau cas de cancer greffé sur un megaoesophage
ARCH. MAL. APP. DIG. Janv. 1954, 43, n° 1 97-106

DESCHAMPS Cancer secondaire aux dilatations idiopathiques de l'oesophage
THESE LYON 1921

DUPUY R., VALLIN J. & IDATTE J.-M. La cancérisation du megaoesophage
B.M. SOC. MED. HOP. Paris 1962, 113 n° 9, 729-736

ELLIS F.G. The cause of deake in achalasia of cardia
2 EME CONGRES MONDIAL OF GASTROENTEROLOGY MUNICH 1962 VOL. 1 109-113

FLEURY R., LEGRE J. Cancer sur megaoesophage - Intérêt diagnostic du radiocinéma
MARSEILLE CHIRURG. 1963, 15 -46

FONTAINE R., WARTER P. & BRIDIER J.J. A propos d'un cas de cancer développé sur un megaoesophage idiopathique sept ans après une opération de Heller par voie thoracique
J.RADIO.ELECTROL. Août-Sept. 1966, 47 n° 8-9 463,465

GIRARDIER J. & COLL. Les métastases thyroïdiennes des cancers digestifs
LYON CHIR. Sept.-Oct. 1972, 68 , n° 5 345-348

GORE I. & LAM C.R. Carcinoma of the esophages compluating cardiospasme
J. THORACIC. SURG. 1952, 24 , 43

GOUDEMAND A. Cancer sur megaoesophage
THESE LILLE 1963

GROVES J. Cancer de l'oesophage compliquant une achalasie de cardia
BRIT.J.SURG. Janv. 1956, 43, n° 180 413-417

JOSKES RA. & EDWARD Rôle de l'obstruction oesophagienne bénigne dans le développement du cancer de l'oesophage
GASTROENTEROLOGY 1959, 36, 749

JORGE & JUST VIERA J.D. Achalasia and oesophagus carcinoma
ANN. THORACIC. SURG. 1967 34, 123

KASTL W.H. Carcinoma of the esophagus as a complication of achalasia of the cardia
SURGERY 1953, 34 , 123

LAGACHE G. & SOOT S.G. Cancer sur megaoesophage à propos de 2 observations
ANN. CHIR. (Suppl. sem. hôp.) Juil. 1958 12 , n° 13-14 C 739-C742

LORTAT JACOB J.L. & COLL. Cancers de l'oesophage et cardiospasme
GAZ. MED. FRANCE 15 nov. 1967, 74 n° 28 5231-5248

LORTAT JACOB J.L., RICHARD C.A., FEKETE F. & TESTART J. Cardiospasme et cancer de l'oesophage-rapport de 24 cas
SURGERY Dec. 1969, 66, n° 6 964-975

MORTIER F. Dénégérescence des oesophagites peptiques
THESE LILLE 1971

NEMOURS-AUGUSTE Oesopal-He
OUEST MEDICAL n° 13 Octobre 1973

RIBET & LAGET J.P. Cancer sur megaoesophage
LILLE MED. Août-Sept. 1972, 71, n° 7 1005-1006

SALAVERT J.P., DREANT J. & REBOUDE Cancer et megaoesophage (à propos d'un cas opéré)
ARCH. FRANC. MAL. APPER. DIG. mars 1972, 61, n° 3 251

SANTY P., MICHAUD P. & VIARD Cancer sur megaoesophage
LYON CHIR. Mai 1958, 54, n° 3, 354-367

SAUBIER EC. & LEQUIN P. A propos de trois observations de cancer développé sur un megaoesophage idiopathique
ARCH. MAL. APP. DIG. Sept. 1964, 53, n° 9 1055-1060

SOULAS A. Megaoesophage et cancer
ANN.OTO-LARYNGO. Août-Sept. 1953, 70 n° 819, 555-560

TERRACOL Les maladies de l'oesophage
MASSON EDIT. PARIS 1938

TOISON G., CHARLES J. & PARIS J.L. Les éléments du diagnostic du cancer développé sur megaoesophage idiopathique
LILLE MED. Oct. 1967, 12, n° 8 927-935

VIGUIE & HILLMAN Cancer cimpliquant un megaoesophage après Heller
PRESSE MEDICALE 1965 n° 63 44

WYCHULIS A.R., WOOLAM G.L., ANDERSEN H.A. & ELLIS F.H. JR. Achalasie et cancer de l'oesophage
J.AMER.MED.ASS. 8mars 1971, 215, n° 10 1638-1641

Seuls les ouvrages précédés d'une astérisque ont été consultés

Le Directeur de Thèse

Vu et Transmis

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université

INSTAPRINT - 47, RUE J.-CHARPENTIER - TOURS